



Informe de pago mensual

Funcionario: Christopher Morales Plaza



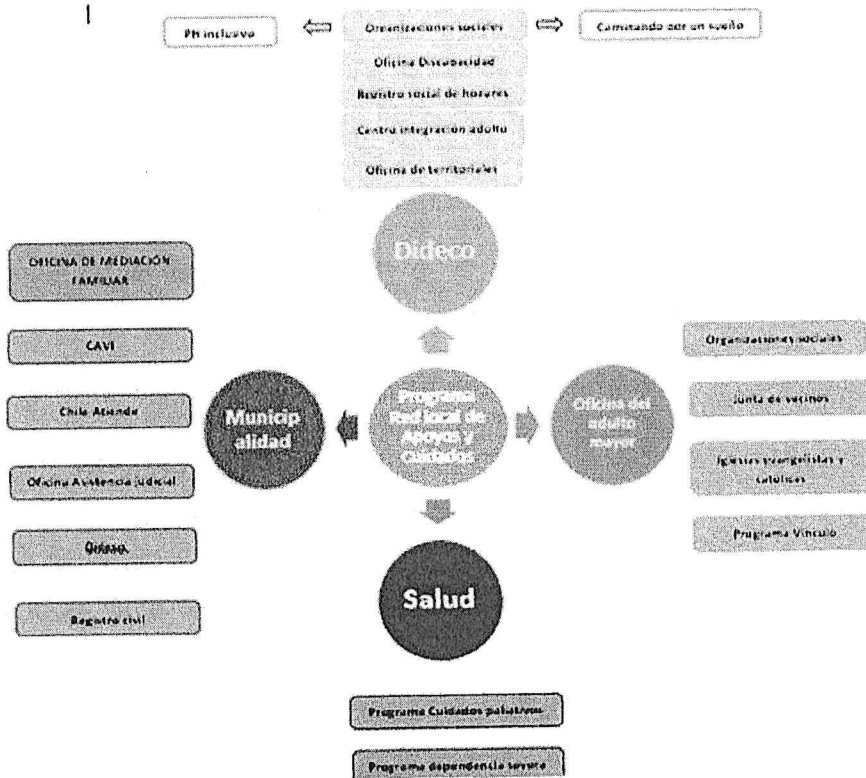
Cargo: Gestor Comunitario

Mes correspondiente: ABRIL 2025

Cometidos solicitados según contrato:

- Realizar un levantamiento o actualización del mapa de actores territoriales (organizaciones sociales y territoriales, organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones vecinales, culturales, deportivas, voluntariados, entre otros)

En el presente mes se realizó una actualización de mapa de actores territoriales con el cual se trabajará durante el presente año, Adjunto mapa y sus actores territoriales.





DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
Y Cuidados**

- **Elaborar un diagnóstico de las necesidades a nivel comunitario, que sean posibles de abordar durante el período de ejecución del programa.**

Se realizó reunión de red local de la comuna de Padre Hurtado temas tratados (se adjunta lista de asistencia)

- Acuerdo de confidencialidad para todos los integrantes de la RED comunal
- Decreto para el funcionamiento y compromiso en la asistencia de RED local
- Programas y estamentos encargados de las derivaciones:
 1. VIF y víctimas de delitos: centro de atención a víctimas CAVI
 2. Personas en riesgo de dependencia o dependencia leve: centro integral del adulto mayor CIAM
 3. Dependencia moderada o severa: Programa Red local de apoyos y cuidados PRLAC
 4. Ayudas social Dirección de desarrollo social DIDESO
- Investigar sobre la posibilidad de solicitar un gobierno en terreno junto a COMPIN para tramites de credencial de discapacidad
- Análisis de casos sociales

Se ejecutaron acciones en torno a solicitudes de horas médicas para diversas consultas de los usuarios y usuarias como: revisión de exámenes médicos, consulta de horas por morbilidad, visitas de especialidades médicas, re evaluaciones medicas

León Polanco, Saavedra María Carolina Saavedra (madre y cuidadora León Polanco), Cristian Vengas, Ivone Epul (madre y cuidadora de Cristian Vengas)



DIDECO

Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

Horamedica - panacph@gmail.com

mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5&asgi=binbox/FMIcQz0ZTz1F0pk51S5PqGmKbzgQz

Buscar correo

53 de 3.919

Redactor

Recibidos 115

Destacados

Postpuestos

Menos

Importantes

Chats

Enviados

Programados

Borradores

Todos

Spam

Horamedica Recibidos x

csector2@saludmph.cl para mí

Jun 7, 7:14 AM

Estimadas junto con saludar hago envío de detalle de hora medica de control de artrosis de Usuarua Guillermina Villa González 5 787.497-K La hora Fue gestionada para el día 29 de abril a las 12:30 con Dra Valdivia, la hora fue notificada a cuidadora de usuaria.

Quedo atenta.

Saludos.

Programa Red Local Padre Hurtado - panacph@gmail.com

Jun 7, 6:01 PM

ESP LAA 10:50 11-04-2023

Rafael San Martin

solicitud hora medica usuario

mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5&asgi=binbox/CgRtHjCuzZRCkxvUqGCVrkQMRPqxtQ

Buscar correo

41 de 3.919

Redactor

Recibidos 115

Destacados

Postpuestos

Menos

Importantes

Chats

Enviados

Programados

Borradores

Todos

Spam

solicitud hora medica usuario Recibidos x

Programa Red Local Padre Hurtado - panacph@gmail.com para esactor1

Jun 4, 4:30 AM

estimadas buenos días, junto con saludar y esperando se encuentre bien, remito el siguiente correo con la finalidad de poder solicitar hora médica para nuestro usuario, puesto que es indispensable la revisión de exámenes médicos con carácter de "urgente" los cuales le fueron pedidos y ya fueron realizados por parte del usuario, puesto que la persona se encuentra a la espera de una operación, paso a detallar los datos

Rafael San Martín 5559989-6
a contacto: 977867866 Gliona Vecina

Atte.
Programa Red Local De Apoyos y Cuidados

ESP LAA 10:11 11-04-2023

Rosalba Martínez Vidal

solicitud - panacph@gmail.com

mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5&asgi=binbox/CgRtHjCuzZRCkxvUqGCVrkQMRPqxtQ

Buscar correo

31 de 3.919

Redactor

Recibidos 115

Destacados

Postpuestos

Menos

Importantes

solicitud Recibidos x

Programa Red Local Padre Hurtado - panacph@gmail.com para Carol

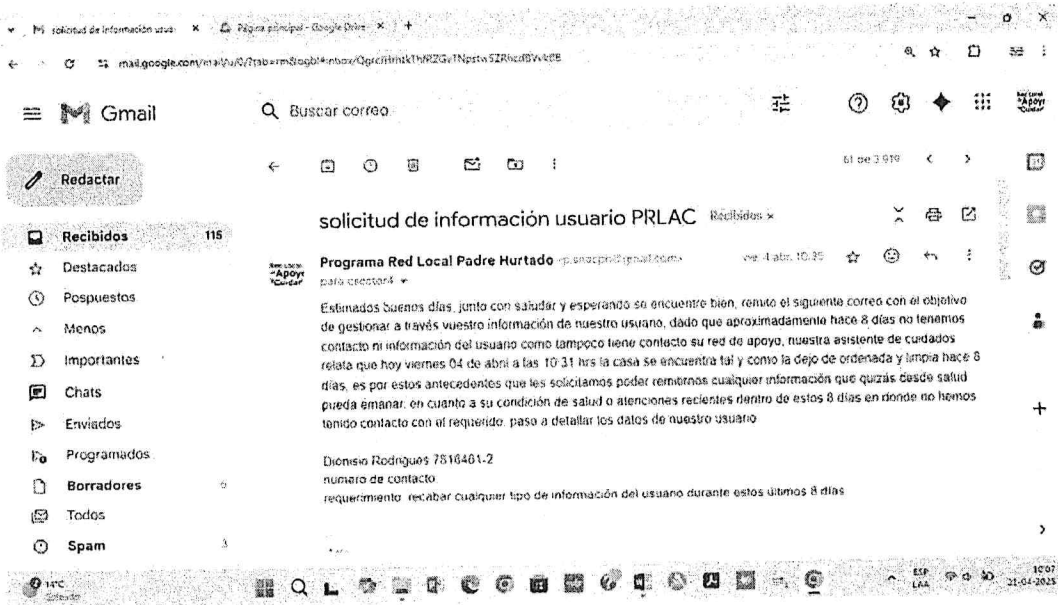
Jun 10, 4:11 PM (hace 11 días)

Estimada, muy buenas tardes, junto con saludar y esperando que se encuentre bien remito el siguiente para solicitar gestiones para dos usuarios de nuestro programa

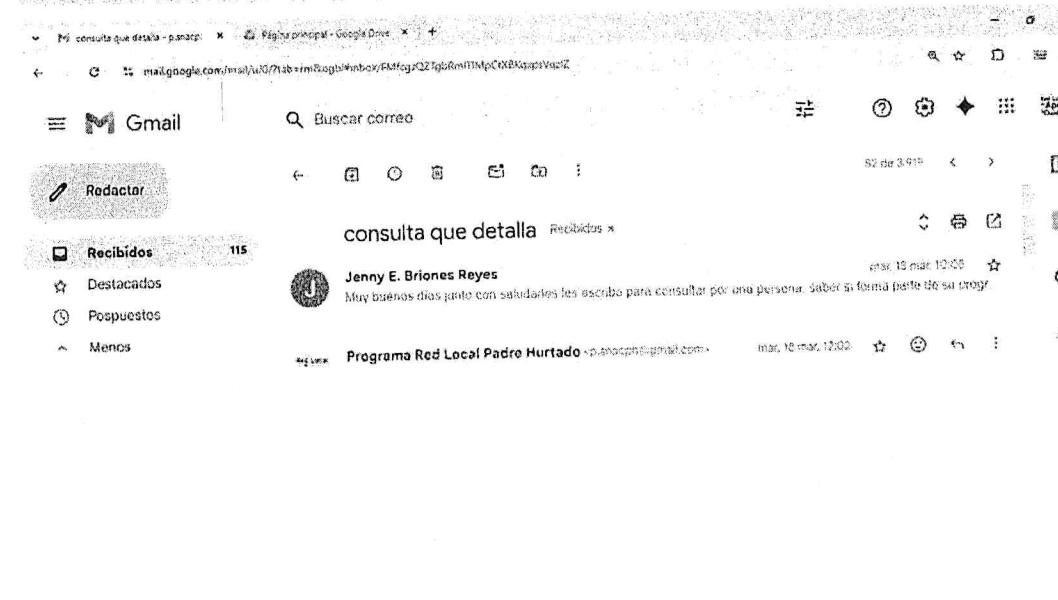
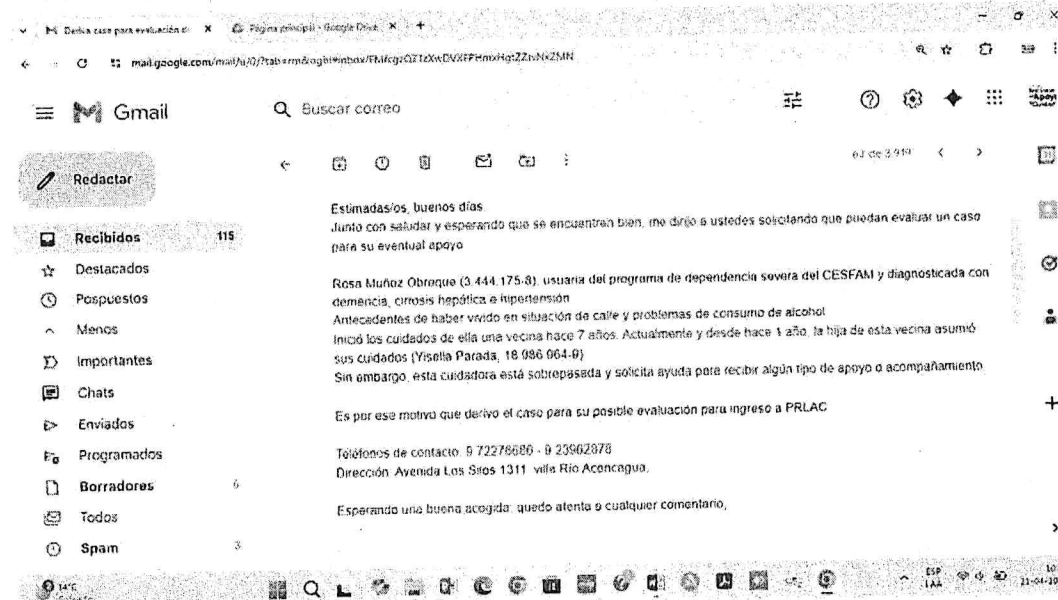
ESP LAA 10:11 11-04-2023



Dionisio Rodríguez



Evaluaciones de casos derivados de diversos estamentos y programas de la red local



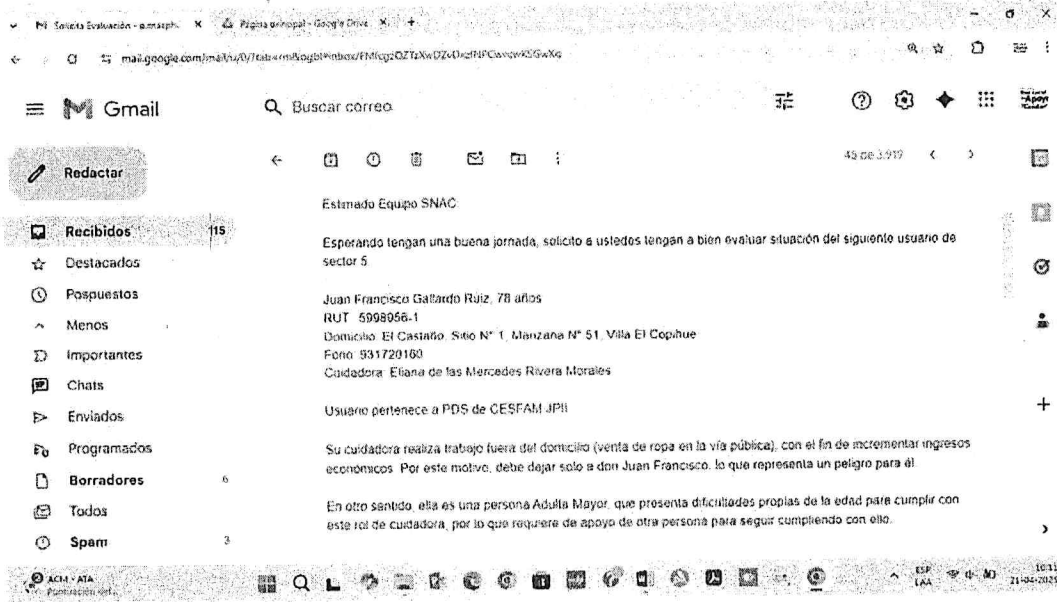


DIDECO

Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**



Se realizaron evaluaciones de casos sociales derivados desde la red local, como también, en la reunión mensual de red local de la comuna, los casos en los que se ejecutaron visitas domiciliarias para Evaluación Individual: (se adjuntan copias de evaluaciones)

- Rosa Muñoz Obrequé, Patricio Castro Núñez, Zelma Ojeda Sepúlveda, Juan Gallardo Ruiz, Clara Mora Suarez, José Angulo Díaz: usuarios cumplen con perfil de ingreso, queda en lista de espera con prioridad
- Valeriano Guajardo, Carlos Rojas Mena: usuario no cumple con perfil de ingreso
- José Angulo Díaz: usuario en lista de espera
- Héctor Silva Rivas, Florencio Molina Cancino, Luis Quintana Contreras, usuarios cumplen perfil, quedan en lista de espera
- **Generar un proyecto que promueva la participación ciudadana en materia de género, dependencia y/o discapacidad.**

Cometido a realizar en mes de mayo

- **Fomento de la sensibilización en temáticas de dependencia, que incluya acciones socioeducativas.**

En el presente mes se realizó planificación de actividades para fomentar la sensibilización en la temática de dependencia, participación e inclusión con proyección



Red Local de Apoyos y Cuidados

IN PC 01
ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS

ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2021	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (Índice)
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don/Doña)

NOMBRES	ROSA CARMEN			SEXO	M	F
APELLIDO PATERNO	RUIZ			TELÉFONO 1		
APELLIDO MATERNO				TELÉFONO 2		
FECHA NACIMIENTO				EDAD ACTUAL		
DOMICILIO				N°	1311	
VILLA O POBLACIÓN				OTRAS REFERENCIAS		
COMUNA	PADRE LIZADO	REGIÓN	DM			

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que comparten el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicta/a o en proceso de interdicción?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> N/A

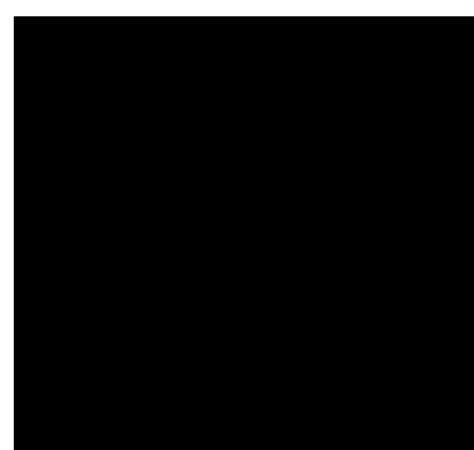
SECCION 2 : Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)				
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.7	Demencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input type="checkbox"/>	NO
	→ ¿Cuál?			

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.					
2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>





PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

IN PC 01
ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS

ID HOGAR			
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2025
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/> RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (Índice)

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátela por el vocativo que la persona indique (Don, Doña)

NOMBRES	PATRICIO EDUARDO		SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
APELLIDO PATERNO	CASTRO		TELÉFONO 1	[REDACTED]			
APELLIDO MATERNO	ABANDONA		TELÉFONO 2	[REDACTED]			
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]		EDAD ACTUAL	[REDACTED]			
DOMICILIO	[REDACTED]		N°	1882		N° DFTO/CASA	[REDACTED]
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]		OTRAS REFERENCIAS	[REDACTED]			
COMUNA	[REDACTED]						

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros					
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicta/a o en proceso de interdicción?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A

SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

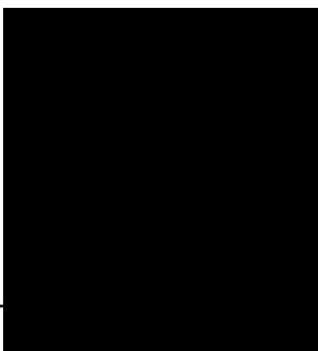
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.7	Demencias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ ¿Cuál? AUTISMO / TPA 1					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>





PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

IN PC 01
ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS

ID HOGAR						
FECHA ENTREVISTA	DIA	16	MES	04	AÑO	2025
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI		

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (índice)
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, Señor, Señora, Señorita, etc.)

NOMBRES	ZOLMA ROSANA		SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
APELLIDO PATERNO	WILDA STIPULADA		TELÉFONO 1	[REDACTED]			
APELLIDO MATERNO			TELÉFONO 2	[REDACTED]			
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]		EDAD ACTUAL	20			
DOMICILIO	[REDACTED]		N° DPTO/CASA	6			
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]		OTRAS REFERENCIAS				
COMUNA	[REDACTED]						

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros					
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicta/a o en proceso de interdicción?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A

SECCION 2 : Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)											
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.7	Demencias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	→ ¿Cuál? - movilidad.					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.					
2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (Índice)

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña)

NOMBRES	JUAN	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
APELLIDO PATERNO	BALBUENA	TELÉFONO 1			
APELLIDO MATERNO	DE LA ROSA	TELÉFONO 2			
FECHA NACIMIENTO		EDAD ACTUAL			
DOMICILIO		SI / DPTO/CASA	SI / 1751		
VILLA O POBLACIÓN		OTRAS REFERENCIAS			
COMUNA					

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros					
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A

SECCION 2 : Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.7	Demencias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ ¿Cuid? ~ ACV.				
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>					
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>					
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>					

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 17	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (índice)

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don/Doña)

NOMBRES	CARA ADRIANA			SEXO	M	F	
APELLIDO PATERNO	RODA			TELÉFONO 1	[REDACTED]		
APELLIDO MATERNO	SANTO			TELÉFONO 2	[REDACTED]		
FECHA NACIMIENTO	DIA 13	MES 07	AÑO 1947	EDAD ACTUAL	[REDACTED]		
DOMICILIO	[REDACTED]			N°	201		
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]			OTRAS REFERENCIAS	[REDACTED]		
COMUNA	[REDACTED]						

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros					
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

SECCION 2 : Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.7	Ocurrencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	→ ¿Cuál? - ACVC (señal 3) - Daura-A - IPA					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audifonos	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	¿Puede levantarse de la cama	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	¿Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	¿Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	¿Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso a Cuidados (índice)
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Dn/Dña)

NOMBRES	VALDOMIRO			SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F
APELLIDO PATERNO	GUAYARDO			TELÉFONO 1	[REDACTED]		
APELLIDO MATERNO	[REDACTED]			TELÉFONO 2	[REDACTED]		
FECHA NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	EDAD ACTUAL	[REDACTED]		
DOMICILIO	CALLE	[REDACTED]		N°	260	N° DPTO/CASA	[REDACTED]
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]			OTRAS REFERENCIAS	[REDACTED]		
COMUNA	[REDACTED]						

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Coabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra Interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> N/A

SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

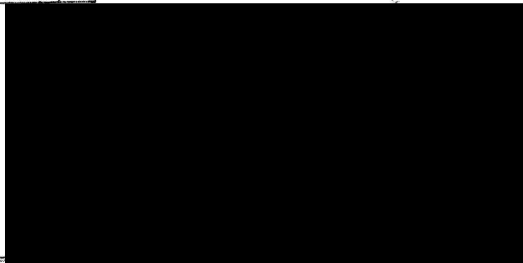
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.7	Demencias	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ ¿Cuál? PARKINSON bajo tratamiento			
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>				
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audifonos	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO					
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO					

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 10	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/> RE-EVALUACIÓN	SI	

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere apoyo al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (índice)

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona utiliza.

NOMBRES	CARLOS	SEXO	
APELLIDO PATERNO	ROJAS	TELÉFONO 2	
APELLIDO MATERNO	MUNA	EDAD ACTUAL	
FECHA NACIMIENTO		N°	118
DOMICILIO		N° DPTO/CASA	
VILLA O POBLACIÓN		OTRAS REFERENCIAS	
COMUNA			

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en las casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A

SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		2.1.7	Demencias	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		→ ¿Cuál?					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO							
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI		NO	
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI		NO	
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI		NO	
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI		NO	





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 15	MES 04	AÑO 25	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere Cuidados (Índice)
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indica

NOMBRES	JOSÉ ALEJANDRO		SEXO	M
APELLIDO PATERNO	ANGULO		TELÉFONO	
APELLIDO MATERNO	DIX		TELÉFONO	
FECHA NACIMIENTO			EDAD	
DOMICILIO			N°	260
VILLA O POBLACIÓN			N° DPTO./CASA	
COMUNA			OTRAS REFERENCIAS	

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicta/a o en proceso de interdicción?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/> N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A

SECCION 2 : Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.7	Demencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI		NO
*2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	→ ¿Cuál?				
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI		NO					
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI		NO					
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI		NO					

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>





ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS



ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 08	MES 04	AÑO 25	
EVALUACION	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACION	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia (PSD) que requiere acceso
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia, trátelo por el vocativo que la persona indique []

NOMBRES	Florencio		SEXO	M
APELLIDO PATERNO	Polina		TEL	[REDACTED]
APELLIDO MATERNO	Camino		TELEFONO 2	
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]		EDAD ACTUAL	
DOMICILIO	[REDACTED]		N°	777
VILLA O POBLACION	[REDACTED]		N° DPTO/CASA	
COMUNA	[REDACTED]		OTRAS REFERENCIAS	

1.1. ¿La PSD vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
1.2. ¿La PSD está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
→ Si la PSD no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente se encuentra interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSD?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSD?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.7	Demencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ ¿Cuál?					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Actividades básicas e Instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>



ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 09	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso a Cuidados (Índice)
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, etc.)

NOMBRES	LUIS ENRIQUE	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F
APELLIDO PATERNO	QUINTANA	TELÉFONO 1		
APELLIDO MATERNO	CONTRERAS	TELÉFONO 2		
FECHA NACIMIENTO		EDAD ACTUAL		
DOMICILIO		323	N° DPTO/CASA	
VILLA O POBLACIÓN		RAS REFERENCIAS		
COMUNA				

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/os y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A

SECCION 2 : Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.7	Demencias	SI		NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI		NO
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	→ ¿Cuid? SIDA B1el / KR 50000 OR 60000				
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO					
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO					
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO					

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

- **Promoción de la participación ciudadana de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores en espacios comunitarios.**

El presente mes se realizó planificación de actividades para una participación ciudadana durante los meses de abril del año 2025.

